

新生児聴覚検査事業助成金交付申請書

年 月 日

須賀川市長

下記のとおり新生児聴覚検査を受診しましたので、その費用を請求します。

ふりがな		ふりがな	
申請者の氏名 (保護者)		乳児の氏名	
乳児の住民票住所 (検査日現在)	〒 須賀川市	乳児の 生年月日	年 月 日生
現住所 (上記と異なる 場合記入)	〒		
電話番号		母子健康手帳番号	

区分	検査名	検査年月日	検査費用	医療機関等の名称	交付額
初回	⑩新生児聴覚検査 (自動ABR)	年 月 日	円		円
	⑪新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
確認	⑫新生児聴覚検査 (自動ABR)	年 月 日	円		円
	⑬新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
再確認	⑭新生児聴覚検査 (自動ABR)	年 月 日	円		円
	⑮新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
申請額					円

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金		本店 支店 出張所 支所	普通 当座	口座番号						
	口座名義人	フリガナ									
		氏名									

(注)太枠内にご記入ください。

※新生児聴覚検査結果通知書(須賀川市 初回検査保管用、須賀川市 確認検査保管用、須賀川市 再確認検査保管用)を添付してください。

※領収書及び診療明細書の原本(新生児聴覚検査受検時のもの)を添付してください。

※口座情報の確認ができるもの(申請者名義のもの)を添付してください。

※母子健康手帳(出生届出済証明・新生児聴覚検査の記録)のコピーを添付してください。

新生児聴覚検査事業助成金交付申請書

須賀川市長

※赤太枠内のみ記入

令和 年 月 日

下記のとおり新生児聴覚検査を受診しましたので、その費用を請求します。

ふりがな	すかがわ はなこ	ふりがな	すかがわ たろう
申請者の氏名 (保護者)	須賀川 花子	乳児の氏名	須賀川 太郎
乳児の住民票住所 (検査日現在)	〒962-□□□□ 須賀川市○○○○...	乳児の 生年月日	令和○○年□□月△△日生
現住所 (上記と異なる 場合記入)	〒△△△-○○○○ □□□県~~~市...		
電話番号	0248-○○○○-□□□□	母子健康手帳番号	○○△△△

区分	検査名	検査年月日	検査費用	医療機関等の名称	交付額
初回	⑮新生児聴覚検査 (自動ABR)	H29年4月3日	5,000円	〇〇病院	円
	⑯新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
確認	⑰新生児聴覚検査 (自動ABR)	領収書と検査費用は同額です			円
	⑱新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
再確認	⑳新生児聴覚検査 (自動ABR)	年 月 日	円		円
	㉑新生児聴覚検査 (OAE)	年 月 日	円		円
申請額					円

担当者が記入します。※限度額がそれ以下の額

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 出張所	普通 当座	口座番号					
	口座名義人	氏名							

(注)太枠内にご記入ください。

※新生児聴覚検査結果通知書(須賀川市 初回検査保管用、須賀川市 確認検査保管用、須賀川市 再確認検査保管用)を添付してください。

※領収書及び診療明細書の原本(新生児聴覚検査受検時のもの)を添付してください。

※口座情報の確認ができるもの(申請者名義のもの)を添付してください。

※母子健康手帳(出生届出済証明・新生児聴覚検査の記録)のコピーを添付してください。